

地域医療室へ TEL後FAX

CT造影検査添付書類 ①

この書類は検査依頼書と一緒にFAXしてください。

CT造影検査（ヨード造影剤）問診票

患者氏名		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
------	--	------	---------	---	---	---

(カルテ番号)

検査を安全に実施するために該当項目に 印をご記入ください。

★ 『①ヨードまたはヨード造影剤の過敏症 ②重篤な甲状腺疾患 ③喘息の治療中及び重度の既往』がある患者さまは、CT造影検査を受けることができません。

①～③に該当する項目がある。

いいえ

はい → 造影検査不可

※当日の体調不良や腎機能低下など検査不可と考える場合は造影検査を取りやめることがあります。

① アレルギー体質や、アレルギー性の病気がありますか？

なし

あり: かぶれ 蕁麻疹 アレルギー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎

② 今までに（点滴・注射）造影剤を用いた検査をしたことがありますか？

なし

あり: CT検査 血管造影検査 腎盂造影検査

その他()

③ 上記②で検査を受けたとき、副作用がありましたか？

なし

あり: ショック 痙攣 吐き気 くしゃみ 発疹 遅発性副作用

その他()

※医師確認欄

◆ 腎機能について

血清クレアチニン mg/dl (月 日測定・1.5mg/dl以上は検査不可)

※測定値は概ね1ヶ月以内のもの

検査実施中 (検査結果 日後判明)

未検査 箕面市立病院で血清クレアチニン検査を受けるため、造影検査予約時間の1時間30分前(冠動脈造影は2時間30分前)に受診するよう指示しています。

◆ 糖尿病治療中の患者さまについて、現在ビグアイド系糖尿病薬を投与していますか？

いいえ はい (薬の名前)

※検査の前後2日(検査日を含めて5日間)は服薬中止となります。

◆ 問診票確認日 平成 年 月 日

確認医師 _____

コメント _____